

事例3

当該病棟では、複数のセントラルモニターを使用して病棟患者の心電図をモニタリングしていた。

看護師は、転棟予定の患者Cの心電図モニターを表示するため、セントラルモニターを設定する際、送信機のチャンネル番号を間違えて入力した。入力した番号は、患者Dが使用していたため、セントラルモニターには患者Cの心電図としても表示された。患者Cとして表示された心電図（実際には患者Dの心電図）に心室性不整脈を認めたため、医師の指示により、患者Cにリドカインを静脈投与した。

(3) 事例の背景要因について

事例が発生した医療機関の背景要因として、以下が報告されている。

- ① 当該病棟では、1台のセントラルモニターでは患者の心電図が表示できないため、複数のセントラルモニターを並行して使用していた。
- ② 異なるセントラルモニターで、同じチャンネル番号の心電図を表示していることの機械的な確認難しい状況であった。
- ③ ①及び②の結果としてセントラルモニターにより表示している心電図のチャンネルが重複していた場合、それに気付きにくい環境であった。

(4) 事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

- ① 心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャンネル番号が一致していることを2名で確認する。
- ② セントラルモニターに登録する送信機のチャンネル番号を固定する。
- ③ 機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャンネル管理者を配置する。
- ④ 病棟内の電波の受信状況を調査した。
- ⑤ 心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

(5) まとめ

セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違いが発生した場合、その間違いを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、報告された3事例の医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も、引き続き注意喚起するとともに、類似事例発生の変向に注目していく。